

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kasuistika u pacienta po transplantaci slinivky břišní a ledviny

Nursing case about a patient after transplantation pancreas and kidney

2007/2008

Teodora Jedináková

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Prohlášení:

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně.

Vycházela jsem ze svých znalostí, odborných konzultací a literatury uvedené v seznamu literatury.

V Praze dne.....

Poděkování:

Děkuji Mgr. Daně Juráskové, Ph.D., MBA za cenné rady, podněty a připomínky k mé diplomové práci.

OBSAH

1. ÚVOD.....	5
2. KLINICKÁ ČÁST.....	6
2.1. Anatomie a fyziologie pankreatu a ledviny.....	6
2.2. Charakteristika onemocnění.....	11
2.2.1. Rozdělení onemocnění.....	12
2.2.2. Patogeneze onemocnění.....	12
2.2.3. Klinická symptomatologie.....	13
2.2.4. Diagnostika onemocnění.....	13
2.2.5. Terapie onemocnění.....	14
2.2.6. Prognóza.....	15
2.3. Základní identifikační údaje	16
2.4. Lékařská anamnézy a diagnózy	16
2.5. Přehled diagnostických vyšetření.....	18
2.6. Přehled terapie.....	24
2.7. Stručný přehled hospitalizace.....	27
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	28
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	28
3.1.1. Základní potřeby.....	28
3.1.2. Psychosociální potřeby.....	30
3.2. Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	31
3.2.1. Ošetrovatelská diagnóza č. 1.....	31
3.2.2. Ošetrovatelská diagnóza č. 2.....	32
3.2.3. Ošetrovatelská diagnóza č. 3.....	33
3.2.4. Ošetrovatelská diagnóza č. 4.....	34
3.2.5. Ošetrovatelská diagnóza č. 5.....	34
3.2.6. Ošetrovatelská diagnóza č. 6.....	35
3.2.7. Ošetrovatelská diagnóza č. 7.....	36
3.2.8. Ošetrovatelská diagnóza č. 8.....	37
3.3. Edukace.....	38
3.4. Závěr a ošetrovatelská prognóza.....	39
4. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	40
5. PŘÍLOHY.....	41

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování ošetrovatelské kazuistiky u 42 leté pacientky, která byla hospitalizována na naší klinice diabetologie k provedení kombinované transplantace slinivky břišní a ledviny (TxL+P). Tuto problematiku jsem si zvolila, protože na klinice diabetologie pracuji od roku 2001 a tato klinika jako jediné pracoviště v České republice provádí transplantace pankreatu. Dalším důvodem je neustále rostoucí počet diabetiků a také jsem chtěla získat co nejvíce poznatků týkajících se této diagnózy. Práce je členěna na 4 tématické části.

První část - krátký úvod je věnovaný stručnému obsahu práce a výběru pacienta a oboru.

Druhá část - věnovaná klinické části, kde se stručně zabývám anatomií, fyziologií pankreatu a ledviny, charakteristikou onemocnění, které zahrnuje rozdělení onemocnění, etiologií, patogenezi, klinickou symptomatologií, diagnostikou a terapií spolu s prognózou onemocnění. Obsahuje také základní identifikační údaje o nemocném, lékařskou anamnézu a diagnózu, přehled vyšetření a terapie.

Třetí část - ošetrovatelská, je zaměřená na poskytování ošetrovatelské starostlivosti formou ošetrovatelského procesu. První okruh je věnovaný anamnéze, kterou jsem zpracovala na základě údajů získaných od pacienta, rodiny, ošetřujícího personálu a ze zdravotnické dokumentace. Na základě anamnézy jsou formulovány ošetrovatelské diagnózy stanovené k prvnímu dni hospitalizace po transplantaci na našem oddělení a jsou řazeny podle naléhavosti z pohledu pacienta. U každé diagnózy je dále uveden plán ošetrovatelské péče, způsob realizace a vyhodnocení. Závěr této části je věnovaný edukaci pacienta.

Čtvrtá část - obsahuje seznam literatury, zkratk použitých v práci a příloh.

2. KLINICKÁ ČÁST

2. 1. Anatomie a fyziologie slinivky břišní a ledvin

Slinivka břišní (pankreas) má vzhled šedě růžové velké slinné žlázy se zevně patrnou kresbou lalůčku. Je dlouhý 12 - 16 cm, má hmotnost 60 - 90 g a táhne se za žaludkem napříč po zadní stěně břišní od duodena doleva až ke slezině.

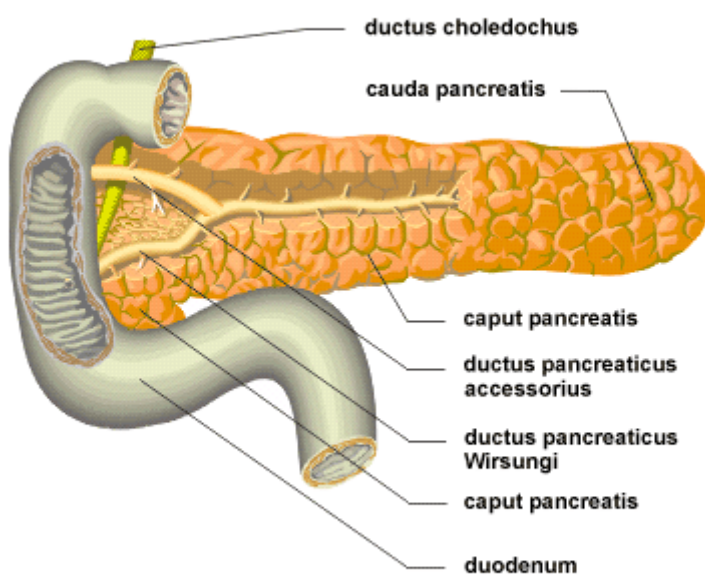
Na pankreatu se rozlišuje:

- caput pancreatis
- corpus pancreatis
- cauda pancreatis

Caput pancreatis (hlava pankreatu) je rozšířená, uložená v konkavitě duodena, před tělem obratle L2. Za hlavou pankreatu je kmen v. porte.

Corpus pancreatis (tělo pankreatu) je užší než hlava a táhne se doleva přes břišní aortu. Dosahuje až k levé ledvině a dolním okrajem se stýká s flexura duodenojejunalis.

Cauda pancreatis (ocas pankreatu) dosahuje jako protažený výběžek těla doleva před levou ledvinou až ke slezině.



Slinivka má dvě části a to:

- pars exocrina pancreatis
- pars endocrina pancreatis

Pars exocrina pancreatis - exokrinní složka pankreatu je složená tuboalveolární žláza, pokrytá tenkým pouzdrém, z něhož do žlázy vstupují jemná septa, dělící žlázu na lalůčky různého tvaru. Vývody pankreatu začínají vsunutými vývody z acinů a pokračují jako intralobulární a interlobulární vývody. Ty pak vstupují do hlavních vývodů pankreatu - ductus pancreaticus a ductus pancreaticus accesorius.

Pars endocrina pancreatis - endokrinní složka je tvořena skupinami buněk, které jsou roztroušeny v exokrinní složce pankreatu jako ohraničené Langerhansovy ostrůvky o velikosti 0,1 - 0,5 mm, v počtu kolem 1 milionu. Počet endokrinních buněk je různý, nápadně více ostrůvku je v cauda pancreatis.

Exokrinní funkce

Exokrinní část slinivky břišní produkuje 1 - 2 litry pankreatické šťávy za 24 hod. Pankreatická šťáva je zásaditá (pH kolem 8,5), tvořená převážně vodou, ionty HCO_3 a enzymy. Tyto enzymy jsou proteázy (enzymy štěpící bílkoviny), pankreatické amylázy (štěpí v ústech naštěpené škroby), pankreatické lipázy (nejúčinnější enzym štěpící tuky), nukleázy (štěpí nukleové kyseliny), elastázy, fosfolipázy a kolagenózy.

Do skupiny proteolytických enzymů patří trypsin, chymotrypsin a karboxypeptidáza A a B. Tyto enzymy jsou vytvářeny a vylučovány z pankreatu v neaktivní podobě jako trypsinogen, chymotrypsinogen a prokarboxyláza A a B.

Řízení sekrece pankreatu je nervové (nepodmíněnými a podmíněnými reflexy) a humorální. Složení pankreatické šťávy výrazně závisí na podnětu z duodena. Jestliže je v duodenu přítomen tuk, vyplaví se cholecystokinin (CCK) a zvýší sekreci pankreatické šťávy bohaté na enzymy. CCK stimuluje sekreci žluči, v ní přítomné žlučové kyseliny mohou tuky emulgovat (nechat rozpadnout na malé kapičky, protože enzymy působí pouze na povrchu a takto se proces jejich trávení urychlí).

Jestliže se do duodena dostane chymus s nízkým pH, stimuluje vylučování sekretinu a pankreas začne secernovat šťávu s bohatým obsahem vody a HCO_3 (účelem je zředění a neutralizace chymu), ale s nízkým obsahem enzymů. Sekretin je nejúčinnějším stimulatorem pankreatické sekrece vody a hydrogenuhličitanu, kterou zvyšuje až 150x.

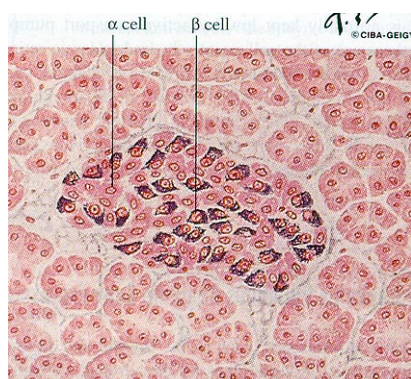
Endokrinní funkce

Vnitřně sekretorickou část tvoří Langerhansovy ostrůvky umístěné difúzně ve tkáni žlázy. Jsou tvořeny buňkami A, které produkují glukagon, dále buňkami B syntetizujícími inzulin a buňkami D, ve kterých vzniká somatostatin a gastrin.

Inzulin a glukagon regulují hladinu glykemie tak, aby se udržovala ve fyziologickém rozmezí 3,5 - 5,5 mmol/l.

Inzulin je hormon bílkovinné povahy tvořený dvěma polypeptidovými řetězci spojenými disulfidickými můstky. Hlavní funkcí inzulinu je snížit glykémii a zvýšit utilizaci glukózy (zvýšením prostupnosti membrán pro glukózu a zvýšením aktivity těch enzymů v buňce, které odpovídají za zpracování glukózy).

Sekrece inzulinu je řízena jednoduchou zpětnou vazbou - zvýšená hladina glukózy v plazmě zvyšuje sekreci inzulinu. Zvýšená sekrece inzulinu se projevuje snížením glykemie (hypoglykemie). Snížená sekrece inzulinu se projevuje souborem příznaků pojmenovaných úplavice cukrová (diabetes mellitus). Jde o poruchu metabolismu cukrů s laboratorním nálezem hyperglykemie (zvýšená hladina glukózy v plazmě). Glukagon se tvoří v A-buňkách pankreatu. Hlavní funkcí je zvyšování glykemie - zvyšuje glykémii zvýšením glykogenolýzy v játrech, zvyšuje glukoneogenezy (tvorba glukózy z glycerolu a aminokyselin), zvyšuje sekreci inzulinu. (3, 7, 8, 9)



Ledviny jsou párový orgán svým tvarem částečně připomínající obří fazole. Jsou uloženy v dorzální části těla nedaleko pod bránicí.

Z jedné strany jsou ledviny chráněny kostěnými strukturami páteře, z druhé strany je z velké části překrývají žebra. Navíc jsou ledviny uloženy za mohutnou vrstvou svaloviny (m. latissimus dorsi) a sami jsou obaleny tukovou vrstvou a vazivovým pouzdrém, které plní nejen funkci mechanické ochrany, ale i funkci tepelně izolační.

Ledvina se anatomicky dělí na kůru a dřeň. Součástí dřeně je mnoho ledvinných pyramid (renal pyramid), které přecházejí v ledvinné papily (renal papilla), které následně ústí do ledvinných kalichů (calices renales minor a major). Ty se vlévají do jediné ledvinné pánvičky (pelvis renalis), ze které vyúsťuje močovod (urether) odvádějící definitivní moč do močového měchýře (vesica urinaria). Ta jde následně močovou trubicí (urethra) z těla ven.

Základní funkční jednotkou ledvin je nefron. Ten se skládá z glomerulu, ve kterém probíhá filtrace krve a systému kanálků (tubulů), které zpětnou resorpcí vrací většinu filtrátu zpět do krve.

Glomerulus sám leží v Bowmannově pouzdře (je jím obalen) a dohromady tvoří Malpighiho tělísko. Do něj přivádí krev vysokotlaká arterie vas afferens, která se větví ve složitou kapilární glomerulární pleteň. Po filtraci odtékají nepřefiltrované složky krve z glomerulu odvodní cévou vas efferens, ze které v oblasti kůry odstupuje cévní řečiště, jež má výhradní monopol na zásobení dřeně krví a jež přesně kopíruje průběh tubulů každého nefronu. To je pro funkci ledvin klíčové.

Na Malpighiho tělísko navazuje systém kanálků, který začíná proximálním tubulem (je situován v kůře ledvin), pokračuje sestupným a vzestupným ramínkem Henleovy kličky (zanořuje se do dřeně ledvin a na konci z ní zase vystupuje) a končí distálním tubulem (opět je situován v kůře ledvin), který ústí do sběrného kanálku, který odvádí tekutinu z více nefronů směrem k papile a prochází dření.

Ledviny mají více funkcí. Kromě vylučování látek z organismu jsou místem tvorby určitých hormonů (například erythropoetin neboli hormon zodpovědný za tvorbu červených krvinek v kostní dřeni) a udržují acidobazickou rovnováhu (poměru mezi tzv. kyselými a zásaditými látkami v krvi). Vylučovací funkce ledvin se dá stanovit. V praxi vyšetřujeme tzv. clearance kreatininu a posuzujeme, jak je onemocnění ledvin pokročilé. Orientační

posouzení je možné i podle koncentrace některých látek v krvi (kreatinin, močovina), při hodnocení je však třeba určitá zkušenost a opatrnost.

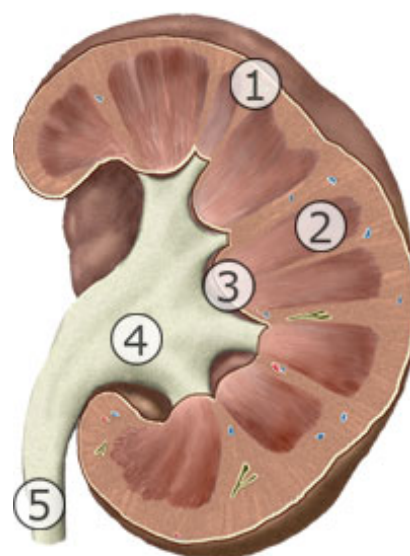
Ledviny jsou orgánem nezbytným k životu. K udržení života však stačí přibližně 1/8 funkční zdatnosti. Život s jednou ledvinou neboli s poloviční funkční kapacitou je tedy velmi dobře možný. Selhání ledvin je bez specifické léčby neslučitelné se životem. Příčinou selhání může být celá řada nemocí ledvin. Akutní selhání ledvin může být přechodné. Chronické selhání ledvin je nezvratné a je trvale nutná léčba některou z metod náhrady funkce ledvin.

K metodám náhrady funkce ledvin patří:

- hemodialýza (a její modifikace – hemodiafiltrace a další)
- peritoneální dialýza
- transplantace ledviny

Zatímco hemodialýza a peritoneální dialýza nahrazují jen vylučovací funkci ledvin (a to navíc jen částečně), transplantovaná ledvina je schopna nahradit i ostatní funkce a je léčebnou metodou volby u těch pacientů, kteří jsou k ní indikováni. Nemoci ledvin jsou časté (trpí jimi až 10 % obyvatel). Pacienti s nemocnými ledvinami jsou léčeni v odborných ambulancích a nemocničních zařízeních s cílem udržet funkci ledvin co nejdéle. Toto se dlouhodobě podaří u naprosté většiny. Do úplného selhání ledvin vyústí nemoci ledvin přibližně u 100 osob na 1 milion obyvatel ročně, tj. léčbu dialýzou nebo transplantací potřebuje jeden z tisíce pacientů s onemocněním ledvin. (3, 7, 8, 9)

1. kůra ledviny
2. dřeň ledviny
3. ledvinové pyramidy
4. ledvinová pánvička
5. močovod



© Ivan Helekal

2. 2. Charakteristika onemocnění

Diabetes mellitus (cukrovka) je trvalé onemocnění postihující látkovou přeměnu v organismu. Nejtypičtějším projevem je zvýšení hladin krevního cukru (glukozy). Hlavním hormonem, který reguluje hladinu krevního cukru, je inzulin. Inzulin produkují tzv. B-buňky pankreatu. Tyto B-buňky představují hlavní součást tzv. Langerhansových ostrůvků, které jsou roztroušeny v tkáni pankreatu. Jsou asi 0,2 - 0,3 mm veliké a u zdravého člověka jich je asi jeden milion.

Existují dva základní typy diabetu. U typu 1 jsou chorobným procesem postupně zničeny B-buňky Langerhansových ostrůvků a zaniká jejich schopnost produkovat inzulin. Nemocní s tímto typem diabetu jsou pak životně závislí na podávání inzulinu. U diabetu 2. typu je inzulin alespoň v počátečním období vytvářen v dostatečném množství, ale příslušné tkáně jsou k jeho účinku nedostatečně citlivé. Tento typ diabetu může být léčen dietou či tabletami a jen v některých případech je nutné podávat inzulin. Udržování hladiny krevního cukru co nejbližší normálním hodnotám je nezbytné, aby se u nemocných neprojevovaly příznaky choroby jako např. žízeň, časté močení, ztráta tekutin, únava apod. Dlouhodobé zvýšení glykemie u nemocných s diabetem je však také hlavní příčinou vzniku pozdních komplikací. K pozdním komplikacím diabetu patří především poškození ledvin (nefropatie), které může vést až k jejich selhání, oční poškození (retinopatie), při němž může dojít až k trvalé ztrátě zraku a poruchy nervů (neuropatie), které se mohou podílet na diabetickém poškození nohou, bolestech a zažívacích problémech (nevolnost, průjem, zvracení). Diabetes také přispívá k častějšímu vzniku komplikací, které se vyskytují i u nemocných bez diabetu, jako jsou poškození srdečních, mozkových a končetinových cév. (9, 10)

2. 2. 1. Rozdělení onemocnění

Diabetes mellitus

- I. Diabetes mellitus typ 1 DM typ 1 (dříve IDDM)
 - A. imunitně podmíněný
 - B. idiopatický
- II. Diabetes mellitus typ 2 DM typ 2 (dříve NIDDM)
- III. Ostatní specifické typy diabetu
- IV. Gestační diabetes mellitus GDM

Hraniční poruchy glukozové homeostázy

- I. Zvýšená (hraniční) glykemie nalačno IFG (impaired fasting glucose)
- II. Porušená glukozová tolerance PGT

2. 2. 2. Patogeneze onemocnění

Poznání během posledních dvou dekad vedlo k názoru, že hlavní forma diabetu závislého na inzulinu je imunitní etiologie, že nemoc vzniká v jakémkoliv věku a že pacienti nejsou zcela závislí na inzulinu v časných stádiích nemoci. Podle Americké diabetologické asociace došlo k rozdělení diabetu 1. typu na dva typy - typ 1A a typ 1B.

Typ 1A je imunitně zprostředkovaná forma a je nejlépe charakterizován přítomností protilátek proti ostrůvkům a zánětem ostrůvků pankreatu s destrukcí ostrůvkových betabuněk. Vždy progreduje k těžkému inzulinovému deficitu.

Typ 1B je určen pro formy diabetu s těžkým inzulinovým deficitem bez známek autoimunity.

Příčina imunitně zprostředkované destrukce betabuněk pankreatu může být dána společným vlivem několika faktorů: vliv faktorů vnějšího prostředí, nevhodná vrozená kombinace genů, nevyvážená odpověď cytokininů a nízká obranyschopnost betabuněk proti destrukci. 1A diabetes je také spojen s mnoha jinými imunologicky podmíněnými chorobami (Addisonova choroba, autoimunitní tyreoiditida, celiakie, perniciózní anémie).

(9)

2. 2. 3. Klinická symptomatologie

Mezi klinické příznaky diabetu patří: polyurie, polydipsie, nykturie, hubnutí při normální chuti k jídlu, slabost a vleklá únava, bolesti nebo křeče ve svalech, svědění kůže, perigenitální opruzení, kožní hnisavé infekce, poruchy vidění - zrakové ostrosti, recidivující mykózy, paradentóza provázená kazivostí a vypadáváním zubů, při již existujících komplikacích mikro- a makroangiopatických projevy těchto cévních komplikací - stenokardie, noční bolesti dolních končetin, poruchy vyprazdňování žaludku, poruchy potence.

Pro DM 1. typu je typické, že se vyskytuje nejčastěji u mladší generace do 40 let, přičemž vrchol onemocnění je mezi 12 a 15 lety. Obecně se vyskytuje více onemocnění v severní Evropě, méně ve střední, nejméně v jižní. K manifestaci dochází často při horečnatě probíhající viróze, angíně, psychickém stresu, kdy jsou vyplavovány kontraregulační hormony. Pokud je inzulinová sekrece nedostatečná, dochází k manifestaci diabetu. Často je onemocnění rozpoznáno až při dramatickém vzniku příznaků diabetické ketoacidózy. Po zahájení inzulinové terapie dochází někdy k remisi onemocnění. V tomto období si nemocný načas přestane píchat inzulin nebo píchá jen minimální dávky. Tomuto období se říká honeymoon period (líbanky). (9,10)

2. 2. 4. Diagnostika onemocnění

Diagnostika diabetu spočívá na důkazu chronické hyperglykemie. Pro DM 1. typu je typický rychle se rozvíjející klinický obraz, který je způsoben absolutní inzulinopenií. Kromě polyurie, polydipsie a poklesu hmotnosti se během několika dnů rozvíjí dehydratace, ketóza až ketoacidóza.

Diagnostická kritéria diabetes mellitus (WHO, 1999):

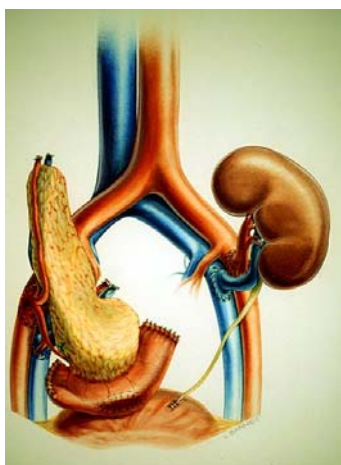
- Kombinace klinických symptomů s náhodným stanovením koncentrací glukózy v plazmě $\geq 11,1$ mmol/l.
- Koncentrace glukózy v plazmě nalačno (FPG) $\geq 7,0$ mmol/l.
- Koncentrace glukózy v plazmě po 2 hodinách po zátěži při orálním glukozovém tolerančním testu oGTT $\geq 11,1$ mmol/l.

(9)

2. 2. 5. Terapie onemocnění

Vzniku pozdních komplikací diabetu lze předcházet trvalým udržováním hodnot glykemie v přijatelném rozmezí. U většiny nemocných s diabetem 1. typu je k zajištění dlouhodobě přijatelné glykemie nutno používat inzulinové režimy s několika denními dávkami inzulinu (3 až 4x denně) nebo inzulinovou pumpou a často si samostatně kontrolovat hodnotu glykemie. Ideálním prostředkem k zajištění normální glykemie u diabetu 1. typu by bylo obnovení schopnosti vytvářet inzulin a regulovat tak hodnoty glykemie v těle nemocného podle momentální situace. Přirozené B-buňky pankreatu totiž začínají inzulin uvolňovat ve chvíli, kdy hodnota krevního cukru překročí normální hodnotu a přestávají jej tvořit v okamžiku, kdy se glykemie opět upraví. V současnosti je jediným v úvahu připadajícím řešením přenos buněk nebo tkání vytvářejících inzulin od jiných osob transplantací.

V klinické praxi se provádí transplantace celého pankreatu, která u většiny příjemců zajistí normální hodnoty glykemie, a to při normální dietě, bez rizika hypoglykemie a bez nutnosti trvalého měření. Kombinovaná transplantace ledviny a pankreatu je způsob léčby vhodný pro většinu pacientů s diabetem 1. typu a diabetickou nefropatií ve stadiu selhání ledvin. Nejvýhodnější je indikovat kombinovanou transplantaci ještě v období před zahájením dialyzační léčby (zhruba při hodnotách sérového kreatininu okolo 200 - 300 $\mu\text{mol/l}$), dříve než se začne celkový stav pacienta v souvislosti s klesající funkcí ledvin zhoršovat. (9,10)



2. 2. 6. Prognóza

Transplantace ledviny a pankreatu je technicky obtížný chirurgický výkon, který nese s sebou určitá rizika. Asi v 5 % případů se mohou vyskytnout komplikace, pro které musí být transplantovaný pankreas odstraněn. V převážné většině případů se však bezprostředně po operaci plně rozvine produkce inzulinu, takže je možné brzy přerušit jeho podávání. Po době zhruba prvních tří měsíců je největší riziko tzv. akutní rejekce (prudkého odhojování), které nemusí být zvládnuto příslušnou léčbou. V pozdějším období může být funkce pankreatu ohrožena zejména vznikem tzv. chronické rejekce (pomalého odhojování). V některých případech nemusí být funkce transplantovaného orgánu úplná, to znamená, že produkce inzulinu sice trvá, ale nepostačuje sama o sobě k dosažení normálních hodnot glykemie.

K chirurgickým komplikacím po transplantaci ledviny a pankreatu patří: krvácení, trombóza přívodné tepny nebo žíly, močová píštěl, lymfokéla, prasknutí (ruptura) ledviny, pankreatická píštěl, porušené hojení operační rány. Mezi nejčastější nechirurgickou komplikací patří bakteriální, virové a kvasinkové infekce (zápal plic, močové infekce, CMV, herpes), jejichž výskyt souvisí s podávanou imunosupresivní léčbou. Jejich výskytu se snažíme předcházet jednak preventivním podáváním antibiotik, antimykotik a protivirových látek časně po transplantaci a také tím, že imunosupresivní léčbu upravujeme tak, aby sice bránila odhojování transplantovaných orgánů, ale nebyla přitom zbytečně intenzivní.

V současnosti zůstává po kombinované transplantaci ledviny a pankreatu v IKEM bez potřeby inzulinu po jednom roce 85 % a po pěti letech 70 % léčených osob. Ambulantní kontroly se provádějí později každých 6 - 8 týdnů a zhruba 1 x ročně by měl být pacient podrobněji vyšetřen v nemocnici. (10)

2. 3. Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: S.B.

Oslovení: Paní B.

Věk: 42

Pojišťovna: VZP

Národnost: česká

Povolání: farmaceutická laborantka

Datum přijetí: 29.11.2007

Důvod přijetí: přivolána jako 1. kandidátka k TxL+P

Oddělení: Klinika diabetologie IKEM - JIP

Pacientku jsem ošetřovala: od 5.12. do 8.12.2007

2. 4. Lékařské anamnézy a diagnózy

▪ rodinná anamnéza

otec 65 let - vředová choroba gastroduodenální, matka 63 let - basaliom, hypercholesterolemie, pacientka bezdětná

▪ pracovní anamnéza

farmaceutická laborantka

▪ osobní anamnéza

diabetes mellitus 1. typu od roku 1982 (od počátku léčena inzulinem, nejdříve 3 dávky, pak přechodně 1 dávka, od roku 2004 D-TRON)

komplikace:

- diabetická nefropatie ve stadiu chronické renální insuficience
- diabetická retinopatie, vitrektomie
- diabetická polyneuropatie včetně autonomní

1997 autoimunitní tyroiditida, 2001 pyelonefritis acuta, osteoporóza

úrazy: fr. Collesi 2x, fr. hlezenního kloubu

▪ **gynekologická anamnéza**

menarche 12 let, 1984 - 1994 amenorhea při poruše příjmu potravy a hormonální dysbalanci, přechodně HRT 2 roky, obnova menstruačního cyklu, poslední menstruace 24. 11. 2007, P 0, UTP 0, od roku 2001 IUT, 2006 extrakce IUT + sterilizace, sono prsů + mamografie: susp. maligní ložisko v P prsu / histologicky malignita nenalezena, dispenzarizace

▪ **alergická anamnéza**

léková - neguje, susp. kontaktní na nikl

▪ **farmakologická anamnéza**

Humalog pumpou: basál 00-24 0,8 j/hod., bonusy 2-2-2 j s.c., Milurit 100 mg 1-0-0, Simgal 20 mg 0-0-1, Rocaltrol 0,25 mcg 1-0-0, Furon 40 mg 1/2-0-0, Betaxa 20 mg 0-0-1/2, Ganaton 50 mg 1-1-1, Lorista 12,5 mg 1-0-0

▪ **nynější onemocnění**

pacientka byla přivolána jako 1. kandidátka ke kombinované transplantaci ledviny a pankreatu v krevní skupině A, není dialyzována, diuréza 1800 ml/24 hod., shunt nezaložen, na nefrologii nesledována, sledována na diabetologii, dušnost neguje, stenokardie neguje, GIT obtíže neguje, průjem není, dysurie neguje, bez známek akutního infektu

▪ **toxikologická anamnéza**

- konzumace alkoholu: neguje

- kouření: neguje

▪ **lékařské diagnózy**

Z 94.8 stav po kombinované TxL+P 30/11/07

E 10.7 Diabetes mellitus 1. typu

E 06.3 Autoimunitní thyreoiditis, t.č. euthyroidní

I 10.0 Arteriální hypertenze, kompenzovaná medikamentosně

E 78.5 Dyslipoproteinemie

K 76.0 Steatosa jater

M 81.9 Osteoporosa

St.p. operaci ložiska P prsu

2. 5. Přehled diagnostických vyšetření

V přehledu uvádím diagnostické vyšetření, které byly u pacientky provedené v čase, kdy jsem se o pacientku starala, tj. ode dne příjmu na kliniku diabetologie 5. 12. 07 do 8. 12. 2007.

Výška: 152 cm

Váha: 51 kg

BMI: 22,5

▪ **fyziologické funkce** - po celou dobu hospitalizace diabetologickým oddělení jsou fyziologické funkce měřeny kontinuálně a každou hodinu zaznamenávány do denního záznamu pacienta, z tohoto důvodu uvádím pouze průměrné hodnoty a výkyvy některých hodnot spolu s vysvětlením příčiny nebo léčebním opatřením

Datum	TK	P/min	TT
5.12.2007	150/80	85	37,2°C
6.12.2007	140/75	80	37,5°C
7.12.2007	140/80	75	37,0°C
8.12.2007	140/80	85	36,5°C

Krevní tlak: pohyboval se v rozmezí hodnot 110/60 torr až 150/80 torr.

Pulzy: byly v rozmezí 65 až 85 za minutu podle zátěže pacientky.

Dechy: se pohybovaly v rozmezí 16 - 23 za minutu, saturace 98 %.

Tělesná teplota: v čase příjmu byla 36,8 °C s maximem během hospitalizace 37,5 °C.

Stav vědomí: nemocná je při vědomí, orientovaná osoba, časem i místem.

▪ **laboratorní vyšetření** - v tabulce jsou uvedeny hodnoty zjištěné během pobytu na klinice diabetologie během mého ošetřování.

			5.12.2007	6.12.2007	7.12.2007	8.12.2007
Biochemie						
S-sodík	< 137.0 - 144.0 >	Mmol/l	144,4			
S-draslík	< 3.50 - 5.10 >	mmol/l	3,84			
S-chloridy	< 98.0 - 107.0 >	mmol/l	114,9			
S-vápník	< 2.15 - 2.51 >	mmol/l	1,96			
S-fosfor	< 0.76 - 1.41 >	mmol/l	0,82			
S-hořčík	< 0.71 - 0.94 >	mmol/l	0,83			
S-bilirubin celkový	< 3.4 - 20.0 >	umol/l	9,8	8,3		
S-bilirubin přímý	< 1.8 - 5.1 > < 1.8 - 8.6 >	umol/l umol/l	5,5			
S-AST	< 0.25 - 0.58 >	ukat/l	0,58	0,45	0,29	0,25
S-ALT	< 0.17 - 0.75 >	ukat/l	0,49	0,49	0,41	0,39
S-ALP	< 0.58 - 1.75 >	ukat/l	0,91	0,95	0,93	0,96
S-GMT	< 0.15 - 0.60 >	ukat/l	0,32	0,35	0,35	0,45
S-albumin	< 36.0 - 45.0 >	g/l	23,7	25,4		
S-AMS	< 0.50 - 1.50 >	ukat/l	0,62	0,88	1,61	1,63
S-CHE	< 67 - 210 >	ukat/l	95			
S-kreatinin	< 50.0 - 90.0 >	umol/l	115,2	103,8	89,4	
S-urea	< 2.5 - 7.2 >	mmol/l			4,3	
GFc	< 0.96 - 2.25 >	ml/s/spt	1,34	1,38		
S-CRP	< 3.0 - 5.0 >	mg/l		49,2	33,4	20,1
S-lipasa	< 0.13 - 1.30 >	ukat/l	0,94	1,58	3,36	2,66
S-kyselina močová	< 150 - 350 >	umol/l	164			
S-cholesterol volný	< 3.5 - 5.0 >	mmol/l	3,2			
S-triglyceroly	< 0.50 - 1.69 >	mmol/l	0,98			
S-HDL cholesterol	< 1.30 - 2.70 >	mmol/l	1,14			
S-LDL cholesterol	< 1.5 - 2.9 >	mmol/l	1,6			
Krevní obraz						
Leukocyty	< 4.0 - 10.0 >	x10 ⁹ /l	8,6	6,6	6,5	5,4
Neutrofily	< 2.000 - 7.800 >	x10 ⁹ /l	7,020	4,980	5,130	4,120
Lymfocyty	< 0.800 - 4.000 >	x10 ⁹ /l	0,700	0,800	0,710	0,780
Monocyty	< 0.080 - 1.200 >	x10 ⁹ /l	0,590	0,470	0,310	0,240
Eosinofily	< 0.000 - 0.500 >	x10 ⁹ /l	0,240	0,320	0,280	0,280
Basofily	< 0.000 - 0.150 >	x10 ⁹ /l	0,000	0,040	0,030	0,020
Erytrocyty	< 3.80 - 5.20 >	x10 ¹² /l	3,08	3,01	2,93	2,90
Hemoglobin	< 120 - 168 >	g/l	96	92	92	90
Hematokrit	< 0.350 - 0.460 >	ob.podíl	0,276	0,270	0,265	0,257
MCV	< 82.0 - 98.0 >	fl	89,8	89,8	90,4	88,6
MCH	< 28.0 - 32.0 >	pg	31,3	30,7	31,4	30,9
MCHC	< 310 - 360 >	g/l	348	342	348	349
RDW	< 11.0 - 16.0 >	%	14,6	14,5	14,3	14,1
Trombocyty	< 130 - 400 >	x10 ⁹ /l	81	96	101	117
Objem trombocytů	< - - - >	fl	8,6	8,3	8,3	8,3

Vnitřní prostředí						
pO ₂	< 3.59 - 5.32 >	kPa	4,90	4,50	4,96	4,86
pH	< 7.32 - 7.41 >		7,36	7,38	7,39	7,36
BE-	< -2.5 - 2.5 >	mmol/l	5,3	2,5	2,2	3,9
pCO ₂	< 5.45 - 6.78 >	kPa	4,66	5,05	4,97	5,04
HCO ₃	< 22.0 - 26.0 >	mmol/l	19,2	21,9	22,0	20,7
Natrium	< 137 - 144 >	mmol/l	143	141	141	141
Kalium	< 3.5 - 5.1 >	mmol/l	4,2	3,9	3,9	3,8
Chloridy	< 98 - 107 >	mmol/l	109	111	111	111
Saturace O ₂	< 0.580 - 0.850 >		0,677	0,693	0,771	0,724
hemoglobin	< 120 - 168 >	g/l	171			
hematokrit	< - - - >		0,52			
Moč kvantitativně						
U-kreatinin	< 3.0 - 12.0 >	mmol/l	4,8	4,4		
U-urea	< 167 - 390 >	mmol/l	209	170		
U-filtrace	< - - - >	ml/s	1,16	1,20		
U1-kreatinin	< 8.8 - 13.3 >	mmol/24h	11,6	10,8		
U1-urea	< 167 - 583 >	mmol/24h	502	417		
U-kreatinin odpad	< 8.8 - 13.3 >	mmol/24h	11,6	10,8		
Moč CH+S						
pH	< 5.0 - 6.0 >		5,5	5,5		
specifická hmotnost	< 1.015 - 1.030 >	kg/dm ³	1,015	1,010		
Glukosa	< - - - >		normal	Normal		
Bílkovina	< - - - >		+2	+2		
Bilirubin	< - - - >		negativní	Negativní		
urobilinogen	< - - - >		normal	Normal		
Ketony	< - - - >		negativní	+-		
Nitrity	< - - - >		negativní	Negativní		
Krev	< - - - >		+2	+1		
leukocyty chem	< - - - >		negativní	Negativní		
erytrocyty	< 0 - 10 >	/uL	59	27		
leukocyty	< 0 - 14 >	/uL	9	7		
epitelie dlaždic	< 0 - 20 >	/uL	0	0		
epitelie jiné	< 0 - 4 >	/ul	0	0		
válce hyalinni	< 0 - 2 >	/uL	0	0		
válce patologické	< 0 - 1 >	/uL	0	0		
kvasinky	< - - - >		normální nález	normální nález		
krystaly	< - - - >		normální nález	normální nález		
Hlen	< - - - >		normální nález	normální nález		
bakterie	< - - - >		ojediněle	Ojediněle		
Léky a imunosuprese						
Tacrolimus	< - - - >	ug/l	12,9		7,4	
Sirolimus	< 4.5 - 14.0 >	ug/l	7,7		4,9	

Imunologie							
CD3 %	< 63 - 85 >	%	77				
CD19 %	< 7 - 23 >	%	21				
CD4 %	< 34 - 64 >	%	49				
CD8 %	< 19 - 48 >	%	28				
CD16+56 %	< 6 - 27 >	%	1				
CD3 abs. počet	< 772 - 2201 >	cells/uL	530				
CD19 abs. počet	< 109 - 532 >	cells/uL	144				
CD4 abs. počet	< 496 - 1354 >	cells/uL	337				
CD8 abs. počet	< 282 - 999 >	cells/uL	193				
NK abs. počet	< 106 - 605 >	cells/uL	7				
Lymfocyty cel. %	< 95 - 105 >	%	99				
lymfocyty %	< 20 - 40 >	%	8				
leukocyty	< 4000 - 9500 >	/uL	8600				
CD4/CD8	< 0.90 - 3.60 >		1,75				
Endokrinologie							
T3 volný	< 2.63 - 5.70 >	pmol/l	1,73				
T4 volný	< 9.00 - 19.00 >	pmol/l	12,45				
TSH	< 0.35 - 4.94 >	mIU/l	0,77				
Diabetologie							
C-peptid 0 min	< 0.25 - 1.00 >	nmol/l	1,08				
Nezařazeno							
740:ČAS.ANTIGEN CMV	< - - - >		negativní				

▪ **zobrazovací vyšetření**

5. 12. 2007

Sono epigastria a štěpů L a P s dopplerem:

Závěr: Normální sono obraz dobře prokrvených štěpů.

6. 12. 2007

Rtg hrudníku vleže:

Bránice je výše uložena. V obou plicních křídlech jsou rezidua po atelektázách. Stín srdeční je více doleva rozšířen. Plicní kresba je přiměřená. I.v. katetr zprava do HDŽ.

Sono epigastria:

Závěr: Objemný žlučník s litiázou a širší stěnou-obraz slučitelný s dg. ak. cholecystitidy-klinika?

Malý ascites.

Sono epigastria a štěpů L a P s dopplerem:

Závěr: Cholecystolitiáza s obrazem ak. cholecystitidy, která spíše progreduje.

Norm. sono obou štěpů.

Doplňujeme nat. snímek břicha ve stoje k vyloučení pneumoperitonea.

Nat. snímek břicha ve stoje:

Závěr: Lehký stupeň subileózního stavu bez známek pneumoperitonea.

Sono štěpů L a P s dopplerem:

Závěr: Hůře přehledný pankreas, dobrá art. perfuze, žíla špatně zachytitelná, ale bez jednoznačných známek trombózy. Normální sono dobře prokrveného štěpu ledviny. Distanze střevních kliček.

7. 12. 2007

Sono epigastria, štěpů L a P s dopplerem:

Obraz jater beze změny, ve žlučníku je drobný konkrement, stěna je trvale lehce prosáklá - bez progresu. Nález na ostatních orgánech epigastria se nemění. Štěp ledviny s homogenním parenchymem, dobře prokrven. Stěna m.m. je lehce zesílena, ale náplň není maximální. Štěp pankreatu bez ložisek a bez dilatace vývodů, art.

i žilní signál patrný. V okolí je prosáknutí a za pankreatem ložisko. Vzhledem k výrazné pneumatóze je přehlednost pankreatu omezena.

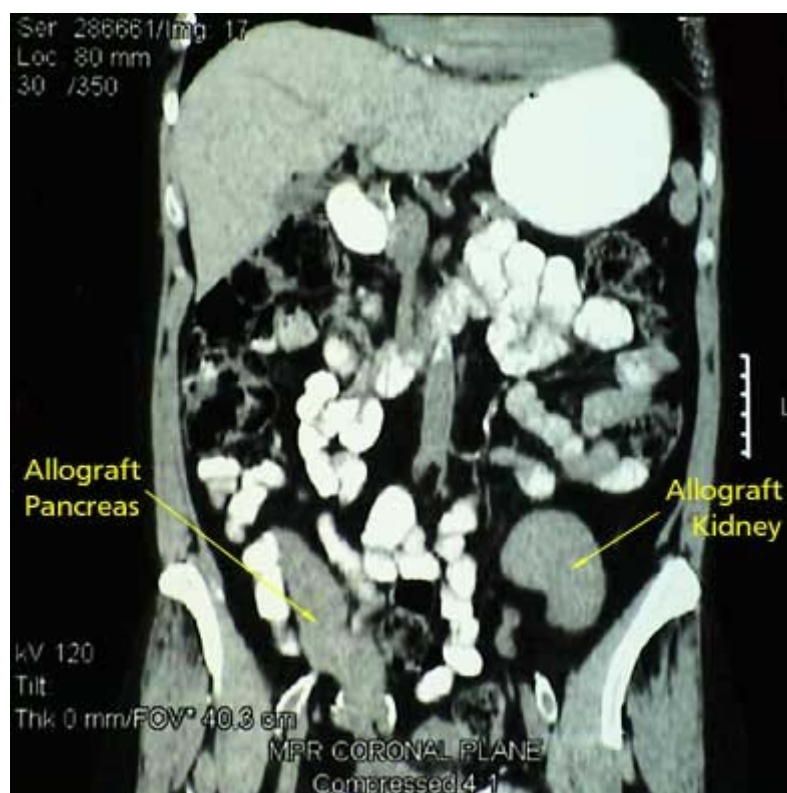
CT břicha a pánve - vícefázové vyšetření:

Závěr: Patologické ložisko v pánvi neprokázáno. Minimální množství tekutiny v pánvi.

8. 12. 2007

Sono epigastria a štěpu ledviny a pankreatu s dopplerem:

Játra nezvětšena, kontury hladké, parenchym je homogenní, přiměřené echogenity, bez ložiskových změn. Nitrojaterní žlučovody nerozšířené, choledochus stac. šíře - 5 mm. Žlučník s drobným konkrementem, stěna je nadále lehce prosáklá. Slezina nezvětšena. Střední epigastrium nepřehledné pro pneumatózu. Nefropatie vlastních ledvin. Štěp ledviny je beze změny velikosti a vzhledu, dutý systém je mírně naplněn, bez dilatace, perfuze je dobrá, křivky a PI v normě. Štěp pankreatu je špatně přehledný pro pneumatózu, hodnotitelně zobrazený dobře prokrven. Okolí nepřehledné. Lem tekutiny v okolí jater, v blízkosti sleziny, malé množství v pánvi.



2. 6. Přehled terapie

▪ PROGRAF (Tacrolimusum)	2,5 - 0 - 2,5 mg p.o., cps.
▪ RAPAMUNE (Sirolimusum)	2 - 0 - 0 mg p.o., tbl.
▪ PREDNISON (Prednisonum)	20 - 0 - 0 mg p.o., tbl.
▪ VALCYTE (Valganciclovir)	450 - 0 - 0 mg p.o., tbl.
▪ HELICID (Omeprazolium natrium)	20 - 0 - 20 mg p.o., tbl.
▪ BETALOC SR	200 - 0 - 0 mg p.o., tbl.
▪ LORISTA (Losartanum kalicum)	50 - 0 - 50 mg p.o., tbl.
▪ AGEN (Amlodipini besilas)	5 - 0 - 5 mg p.o., tbl.
▪ CLEXANE (Enaparinum natrium)	0,4 ml s.c., inj.
▪ MUCOSOLVAN (Ambroxoli hydrochloridum)	inhalace 3x denně, inh.
▪ MYCOMAX (Fluconazolium)	100 - 0 - 0 mg p.o., cps.
▪ BISEPTOL (Trimethoprimum, Sulfathoxazolium)	960 - 0 - 0 2x týdně p.o., tbl.
▪ NOVALGIN (Metamizolum natricum monohydricum)	1 - 1 - 1 amp i.v., inj.

PROGRAF

S: Tacrolimusum 1 mg nebo 5 mg v jedné tvrdé tobolce.

IS: Imunopreparát.

I: Primární imunosuprese po transplantacích jater a ledvin nebo imunosupresivní léčba u případů odlučování transplantačních štěpů po transplantacích jater, ledvin a srdce. Může se používat samostatně nebo v kombinaci s jinými imunosupresivy.

NÚ: Problémy s ledvinami, třes, vysoký krevní tlak, změny v hladinách elektrolytů, zvýšené riziko infekce, průjem, pocit na zvracení a/nebo zvracení, bolení břicha, zácpa nebo jiné žaludeční a střevní potíže, bolesti hlavy, cukrovka nebo jiné změny hladiny cukru v krvi, nespavost, lokalizované bolesti, změny v krevním obraze.

RAPAMUNE

S: Sirolimusum 1 mg v 1 ml roztoku k vnitřnímu užití.

IS: Imunopreparát.

I: K profylaxi orgánové rejekce u dospělých pacientů po transplantaci ledviny s nízkým až středním imunologickým rizikem.

NÚ: Snížený počet červených krvinek a krevních destiček, bolesti břicha, průjem, zvýšená hladina cholesterolu a tuků v krvi, bolesti kloubů, akné, infekce močových cest, otoky končetin

PREDNISON

S: Prednisonum 5 mg nebo 20 mg v 1 tabletě.

IS: Hormon ze skupiny glukokortikoidů.

I: Revmatická onemocnění, difuzní onemocnění pojiva, těžké formy alergických reakcí, těžké dermatózy, hematologická onemocnění, maligní onemocnění, některá gastrointestinální, oční, respirační, neurologická a další onemocnění.

NÚ: Zvýšený pocit hladu se zvýšením tělesné hmotnosti, zažívací obtíže jako nevolnost, zvracení, bolest v břiše, může objevit měsíčkovitý obličej, nahromadění tuku na krku a trupu, akné, neklid, poruchy spánku, změny nálady, deprese nebo naopak povznesená dobrá nálada, zvýšení krevního tlaku, svalová slabost, snížení odolnosti vůči infekcím, dále může dojít ke zhoršení nebo vzniku cukrovky, zpomalenému hojení ran, bolestem v zádech způsobeným řídnutím kostí, ke ztenčení kůže, krvácení do trávicího ústrojí, zvýšení nitroočního tlaku (glaukom), k otokům.

VALCYTE

S: Valgancicloviri hydrochloridum 496,3 mg v 1 potahované tabletě.

IS: Antivirotikum.

I: Indukční a udržovací léčba cytomegalovirové (CMV) retinitidy u pacientů se syndromem získaného imunodeficitu (AIDS). Prevence CMV onemocnění u CMV negativních příjemců orgánů od CMV pozitivních dárců.

NÚ: Nízký počet určitých bílých krvinek, které chrání proti infekci, nízký počet červených krvinek (anémie), průjem, pocit nemoci, zvýšená krvácivost, poruchy jaterních funkcí s abnormálními hodnotami krevních testů.

HELICID

S: Omeprazolum 10 mg nebo 20 mg v 1 tvrdé tobolce.

IS: Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.

I: Léčba peptického vředu ve všech lokalizacích, zejména eradikační léčba *Helicobacter pylori* v kombinaci s dalšími látkami. Refluxní ezofagitida, Zollingerův-Ellisonův syndrom.

NÚ: Bolest hlavy, bolest břicha, průjem, zácpa, plynatost a pocit na zvracení či zvracení, kožní vyrážka nebo svědění, kopřivka, závratě, brnění či mravenčení končetin, zvýšení jaterních testů, ospalost, nespavost, malátnost, horečka, otoky.

BETALOC

S: Metoprololi tartas 200 mg v 1 tabletě s prodlouženým uvolňováním.

IS: Antihypertenzivum, beta 1-sympatolitikum.

I: Léčba hypertenze, léčba anginy pectoris, léčba tachyarytmií, zejména supraventrikulárních tachykardií, udržovací léčba po infarktu myokardu, léčba funkčních srdečních poruch s palpitacemi, profylaxe migrény, hypertyreóza.

NÚ: Závratě, bolest hlavy, zpomalený tep, závratě vyvolané změnou polohy těla z lehu nebo sedu do stoje, pocit studených končetin, nucení na zvracení, průjem nebo zácpa, bolest břicha, dušnost, bušení srdce. Ojediněle (u 0,1-0,9% pacientů) se objevuje pocit pálení či píchání, nebo naopak necitlivosti kůže, svalové křeče, příznaky související s dočasnou poruchou činnosti srdce, jako je únava, dušnost a otoky kotníků, bolest u srdce, deprese, poruchy soustředění, ospalost, nebo naopak nespavost, zvracení, vyrážka, zvýšené pocení a přibývání na tělesné hmotnosti.

LORISTA

S: Losartanum kalicum 50 mg v 1 potahované tabletě.

IS: Antihypertenzivum, antagonist receptorů angiotenzinu II.

I: Léčba hypertenze u dospělých pacientů.

NÚ: Závratě, kašel, průjem a vzácně žloutenku (onemocnění jater projevující se zežloutnutím očí a kůže a příznaky podobnými chřipce). U některých pacientů se může objevit kopřivka. Vzácně se vyskytla reakce z přecitlivělosti s příznaky otoku obličeje, rtů, jazyka a/nebo hrdla, který může způsobit obtíže s dýcháním či polykáním a/nebo zánětem cév včetně zánětu malých žil způsobujícího tvrdé purpurové skvrny na kůži.

AGEN

S: Amlodipini besilas 6,934 mg v 1 tabletě.

IS: Vazodilatans, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu.

I: Léčba hypertenze v monoterapii nebo v kombinaci s thiazidovými diuretiky, alfa-blokátory, blokátory beta-adrenergických receptorů nebo ACE inhibitory.

NÚ: bolesti hlavy, otoky - zvláště okolo kotníků, mdloba, spavost, nevolnost, bolesti břicha, zarudnutí kůže, purpura (tečkovité krvácení do kůže nebo sliznic), poruchy hmatového vnímání a vnímání chuti, třes, hučení v uších, kašel, rýma, poruchy zbarvení kůže, poruchy močení včetně nočního pomočování, přírůstek nebo úbytek hmotnosti, pocit bušení srdce a žaludeční nevolnost. Vzácně se může vyskytnout nízký krevní tlak, svědění a vyrážka, potíže s dýcháním, svalové křeče, ztráta chuti, zvýšená četnost močení, vypadávání vlasů, bolesti zad, změny nálad, svalové bolesti, zhoršené vidění, hypertrofie sliznic dásní a erythema multiforme (puchýřkovité onemocnění kůže a sliznic).

CLEXANE

S: Enoxaparinum natricum 100 mgv 1 ml injekčního roztoku.

IS: Antitrombotikum, antikoagulans.

I: Profylaxe tromboembolické nemoci, léčba hluboké žilní trombózy, prevence tvorby trombů v mimotělním oběhu při dialýze.

NÚ: Krvácení. Stejně jako u ostatních léků ovlivňujících koagulaci může dojít během terapie enoxaparinem sodným ke krvácení zejména v přítomnosti přidružených rizikových faktorů jako je: organické poškození s tendencí ke krvácení, invazivní vyšetření nebo podávání léků ovlivňujících hemostázu. Je třeba lokalizovat zdroj krvácení a zahájit odpovídající léčbu.

MUCOSOLVAN

S: Ambroxoli hydrochloridum 15 mg v 1 ampulce 2 ml injekčního roztoku.

IS: Expektorans, mukolytikum.

I: Léčba idiopatického syndromu respirační tísně (IRDS) u nezralých dětí a novorozenců. Profylaktická léčba pacientů vyžadujících intenzivní péči jako prevenci pooperačních plicních komplikací.

NÚ: Mohou se dostavit lehké zažívací obtíže (pálení žáhy, nechutenství, příležitostně pocit na zvracení, zvracení, průjem). Mohou se vyskytnout alergické reakce, zejména kožní vyrážky, kopřivka, angioedém, anafylaktické reakce (včetně anafylaktického šoku).

MYCOMAX

S: Fluconazolum 100 mg v 1 tvrdé tobolce.

IS: Antimykotikum se systémovým účinkem.

I: Léčba a profylaxe mykotických infekcí: kryptokokóza, systémová kandidóza, diseminovaná kandidóza včetně kandidemie a další formy invazivní kandidové infekce.

NÚ: Zažívací obtíže, jako je nevolnost, bolesti v různých místech břicha a průjem. Mohou se také objevit jiné projevy, např. vyrážka nebo bolesti hlavy.

BISEPTOL

S: Trimethoprimum 80 mg, Sulfamethoxazolum 400 mg.

IS: Antimikrobiální chemoterapeutikum.

I: Infekce horních a dolních dýchacích cest, infekce trávicího ústrojí, infekce močových cest, infekce mužských i ženských pohlavních orgánů, nokardióza.

NÚ: Celková nevolnost, zažívací obtíže (nucení na zvracení, zvracení), kožní alergické reakce (svědění, zrudnutí a otoky kůže), zvýšená citlivost na sluneční záření, mírné

poruchy nervového systému (závratě, bolesti hlavy), poruchy citlivosti, změny krevního obrazu.

NOVALGIN

S: Metamizolum natrium monohydricum 500 mg v 1 ml injekční roztoku.

IS: Analgetikum, antipyretikum.

I: Akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech, bolesti a vysoké teploty, kde jsou kontraindikována jiná antipyretika.

NÚ: Anafylaktická reakce, kožní a slizniční reakce, výsevy ("fixed drug erupce"), vzácně se může objevit vyrážka, v ojedinělých případech jako Stevens-Johnsův syndrom nebo Lyellův syndrom. Izolované hypotenzní reakce, hematologické reakce, může se rozvinout leukopénie a velmi vzácně agranulocytóza nebo trombopénie. Tyto reakce jsou považovány za reakce imunologické povahy. Trombopénie, u pacientů s chorobou ledvin v anamnéze, může dojít k akutnímu zhoršení funkce ledvin (akutnímu selhání ledvin), v některých případech s oligurií, anurií nebo protenurií. (6)

2. 7. Stručný přehled hospitalizace

Na oddělení diabetologie byla pacientka s diabetes mellitus 1. typu přijata jako 1. kandidátka ke kombinované transplantaci ledviny a pankreatu v krevní skupině A dne 29. 11. 2007. Transplantace byla provedena 30. 11. 2007 a na jednotku intenzivní péče kliniky diabetologie byla přeložena dne 4. 12. 2007 se zavedeným centrálním žilním katétrem, penrosem a permanentním močovým katétrem. Pacientce byly pravidelně odebrány kompletní náběry, prováděno kontrolní sonografické vyšetření štěpů, podávány antibiotika a další léky dle ordinací lékařů. Komplikací v časném potransplantačním období bylo krvácení do GIT vs. z entero-entero anastomozy s nutností hrazení krevními převody (podáním EM 2x2) bez nutnosti chirurgické revize a se spontánní úpravou stavu. Komplikací dále přechodně hematurie, která se rovněž upravila, febríliemi a podezřením na cholecystitidu. Ta se však nepotvrdila. Funkce ledviny i pankreatu je plně rozvinuta. Pro hypertenzi upravena medikace. Pacientka ve stabilizovaném propuštěna dne 13. 12. 2007 do ambulantní péče.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3. 1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

Ošetřovatelská anamnéza je zpracována na základě rozhovoru s pacientkou, doplněna informacemi získanými od rodiny, ošetřujícího personálu a ze zdravotnické dokumentace. K anamnéze jsem použila vstupní dotazník.

3. 1. 1. Základní potřeby

DÝCHÁNÍ

Před hospitalizací pacientka neměla žádné problémy s dýcháním. V čase hospitalizace na našem oddělení se frekvence dechů pohybovala v rozmezí 16 - 25 dechů za minutu, saturace 95 - 99%.

HYDRATACE

Problémy s příjmem tekutin v čase před hospitalizací neudává, v domácím prostředí vypije asi 2500 ml tekutin denně, přednost dává čaji a minerálkám. Alkohol konzumuje příležitostně. Pacientka je dostatečně hydratována, kožní turgor je dobrý, sliznice bez známek dehydratace, biochemické vyšetření iontů je v normě, u lůžka má k dispozici dostatek tekutin, je schopna si je sama podat a napít se, kdykoliv potřebuje a je poučena o nutnosti dostatku tekutin (2,5 - 3 l tekutin denně).

VÝŽIVA

Pacientka doma dodržovala přísnou diabetickou dietu. Nyní váží 51 kg při 152 cm, její BMI je 22,5, což je v normě. V letech 1984 - 1994 trpěla pacientka PPP. Nyní má předepsanou parenterální výživu a pacientka začíná přijímat potravu per os. Naordinována je dieta č. 2 a provádějí se pravidelné kontroly hladiny glykemie, v příjmu jídla je soběstačná. Klientka nemá zubní protézu ani problémy s chrupem a dutina ústní je bez poranění.

OSOBNÍ HYGIENA

Před hospitalizací neměla s hygienou klientka žádné potíže, nyní v souvislosti s bolestí a zavedenými invazemi je částečně závislá na ošetřujícím personálu. U pacientky je hygienická péče prováděná 2x denně a podle potřeby. S prováděním hygieny je spokojená a snaží se být co nejvíce soběstačná.

VYPRÁZDŇOVÁNÍ MOČE

V čase před hospitalizací neměla s močením žádné potíže, nyní má zavedený permanentní močový katétr č.12, který odvádí koncentrovanou moč. Diuréza se měří každých 6 hodin a je zaznamenávána do denního záznamu pacienta. Pravidelně se nabírá moč k biochemickému a bakteriologickému vyšetření.

VYPRÁZDŇOVÁNÍ STOLICE

Doma má pacientka stolicí pravidelně 1x za 2 až 3 dny, normální konzistence a barvy. Projímadla užívá jenom výjimečně. Nyní trpí pacientka průjmy, k vyprazdňování dochází 3 - 5x denně.

SPÁNEK A ODPOČINEK

V domácím prostředí se žádné problémy v souvislosti se spánkem neobjevují, nyní udává pacientka problémy se spánkem z důvodu strachu a provozními podmínkami na JIP.

BOLEST

Občas užívala léky na bolest, nejčastěji Brufen. Nyní má bolest souvislost s pohybem a operační ránou. Pacientka pociťuje mírnou bolest, na stupnici 1 - 10 udává stupeň 6.

TĚLESNÁ A PSYCHICKÁ AKTIVITA

Pacientka je doma zvyklá být aktivní, věnuje se četbě, cestování, pasivně provozuje různé druhy sportu.

TEPLO A POHODLÍ

Nemocniční lůžko pacientce vyhovuje. Postel je umístěna nedaleko okna, což jí vyhovuje. V souvislosti s teplotou až horečkou pociťuje určitý deficit.

SEXUALITA

Pacientka je svobodná a žije s přítelem. Je spokojená a svůj život hodnotí jako bezproblémový.

3. 1. 2. Psychosociální potřeby

JISTOTA A ZABEZPEČENÍ

Paní se na nemocniční prostředí adaptuje velmi dobře a plně důvěřuje zdravotnickému personálu, aktivně spolupracuje při léčebně terapeutické péči, cítí se dobře a považuje za samozřejmost, že po propuštění bude pravidelně navštěvovat transplantační ambulanci.

SOBĚSTAČNOST

V čase před hospitalizací byl pacientka soběstačná, zapojená v pracovním procesu. Nyní v souvislosti s hospitalizací je odkázána na pomoc personálu.

KOMUNIKACE

Komunikace s pacientkou je bezproblémová, je orientována v čase i v prostoru. Komunikovala s ošetřujícím personálem, rodinou i spolupacienty. Pacientka je přátelská a lehce navazuje kontakt.

INFORMACE

Informace o zdravotním stavu byly podány pacientce a následně i rodičům. Pacientka byla obeznámena s chodem oddělení a právy pacientů, podepsala informovaný souhlas. Informace o nemoci získává od lékaře, sester, z televize, novin, časopisů a internetu. Edukační sestra pacientku seznámila s režimem v době rekonvalescence.

RODINA A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ

Pacientka žije se svým přítelem, je svobodná, bezdětná a žije spokojeným životem. Bydlí v Praze, se svým životem a prací je spokojena. V nemocnici ji rodina pravidelně navštěvuje, návštěvy jsou pro ní důležité. Rodinu považuje za důležitou hodnotu, našla v ní oporu a důvěru. Má také spoustu přátel, kteří ji také navštěvují.

DUCHOVNÍ POTŘEBY

Paní S.B. je bez vyznání.

3. 2. Přehled ošetrovatelských diagnóz

1. Akutní bolest v souvislosti s operační ránou
2. Porucha hybnosti vyvolaná snížením svalové síly a redukcí svalové hmoty
3. Sociální izolace z důvodu odloučení od rodiny a dlouhodobého pobytu v nemocnici
4. Hypertermie
5. Průjem z důvodu farmakoterapie
6. Strach a nejistota vyvolaná z obavy nezařazení se zpět do původních rolí
7. Porucha celistvosti kůže
8. Porucha spánku v souvislosti se základní diagnózou a hospitalizací

3. 2. 1. Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest v souvislosti s operační ránou

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacientka verbálně i neverbálně projeví únosnou míru bolesti
- Pacientka udává zlepšení pohody
- Pacientka udává zmírnění nebo odstranění bolesti
- Pacientka udává zmírnění únavy
- Pacientka nemá neverbální příznaky bolesti

Plán ošetrovatelské péče:

- Podat pacientce dostatek informací:
 - a) vysvětlit příčinu bolesti a zdůvodnit její tlumení
 - b) oznámit, jak dlouho bude trvat a kdy odezní
 - c) vysvětlit diagnózu a léčebné postupy
- Být v blízkosti pacientky a projevovat empatii
- Minimalizovat manipulaci při atace bolesti

- Realizovat naordinovanou léčbu
- Informovat lékaře o přetrvávání bolesti
- Vysvětlit stupnici bolesti a požádat pacienta o spolupráci při hodnocení bolesti
- Monitorovat a zaznamenávat bolest v souvislosti s léčebnými opatřeními
- Sledovat a zaznamenávat vitální funkce, zabezpečit dodržování dietního opatření

Realizace:

V den příjmu hodnotila pacientka intenzitu bolesti číslem 6 a byla zahájena léčba bolesti 1 ampulí Novalginu i.v. dle ordinace lékaře. Pacienta ležela na boku a nevykonávala zbytečné pohyby. K večeru se bolest výrazně snížila, klientka ji popsala číslem 3. Další dny si pacientka na bolest nestěžovala a při dotazu odpověděla, že bolesti pociťuje pouze při pohybu a jsou velice mírné.

Hodnocení:

První den došlo po podání terapie a zaujetí úlevové polohy na boku k poklesu bolesti, klientka vyjádřila svou spokojenost a zmírnil se i strach z dalšího vývoje nemoci. Další dny si na bolest nestěžovala.

3. 2. 2. Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Porucha hybnosti vyvolaná snížením svalové síly a redukcí svalové hmoty

Cíl ošetrovatelské péče

- Obnovení tělesné hybnosti
- Navrácení soběstačnosti
- Samostatná chůze

Plán ošetrovatelské péče

- Vést pacientku k postupné rehabilitaci - cvičení horních a dolních končetin na posteli
- Sed na posteli, stoj, chůze s pomocí
- Vypracování rehabilitačního plánu ve spolupráci s fyzioterapeutem
- Používání ortopedických pomůcek - chodítka, hůl
- Správná výživa (dostatek bílkovin, tekutin, vitamínů...)

Realizace ošetrovatelské péče

Za pomoci pacientky byl s fyzioterapeutem vypracován rehabilitační plán a začali jsme s rehabilitací horních a dolních končetin. S pomůckami 2. den zvládla sed a stoj, 3. den paní chodila s pomocí chodítka. Na našem oddělení se v rehabilitačním plánu pokračovalo a paní zvládala chůzi s dopomocí.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pravidelná rehabilitace, správná výživa a snaha pacientky vedla ke znatelnému zlepšení hybnosti a soběstačnosti. 7. den po operaci pacientka zvládla chůzi bez pomoci jiné osoby.

3. 2. 3. Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Sociální izolace z důvodu odloučení od rodiny a dlouhodobého pobytu v nemocnici

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacientka komunikuje s personálem, spolupacienty a rodinou
- Pacientka má zajištěný dostatečný kontakt s rodiči, přítelem i kamarády
- Vytvoření nových uspokojivých vztahů s personálem a spolupacienty

Plán ošetrovatelské péče

- Zjistit příčiny
- Umožnit časté návštěvy
- Možnost komunikovat se spolupacienty
- Umožnit sledovat televizi, poslouchat rádio
- Zapojit do nenáročné práce

Realizace ošetrovatelské péče

Po rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že jí velice chybí rodina a přítel a také, že ode dne operace je neviděla. Proto jsem jí navrhla, že by jim mohla zavolat. Po předání telefonu a krátkého rozhovoru se paní velice uklidnila. Domluvili se na návštěvě. Snažila jsem se jí neustále zapojovat do hovoru s ostatními pacienty a 3. den nám pomáhala trhat buničité čtverečky.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Po zjištění příčiny, navržení možného řešení a poskytnutí podpůrného náhradního programu, při kterém si pacientka vytvořila nové vztahy k spolupacientům i personálu, velmi dobře zvládla techniky efektivního vyrovnání se s novou situací. Vytvořením si nových uspokojivých vztahů sama zkonstatovala zlepšení své situace.

3. 2. 4. Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Subfebrilie – zvýšená tělesná teplota v souvislosti s chirurgickým výkonem

Cíl ošetrovatelské péče

- Neprojevují se známky komplikací
- Normalizace tělesné teploty

Plán ošetrovatelské péče

- Pravidelné sledování fyzikálních funkcí - TT, D, P, TK
- Pomocí bakteriologických vyšetření zjistit příčinu a případně zajistit její odstranění (žilní katétr, drén, močová cévka)
- Zajistit dostatek tekutin, základních živin a vitamínů
- Plnění ordinací - pravidelné podávání ATB, antipyretik

Realizace ošetrovatelské péče

Pacientce byly odebrány stěry na kultivaci, pravidelně se podávaly infuze (hrazení bílkovin, tuků, cukrů, vitamínů a minerálů) a antibiotika. 3. den bylo zjištěno, že infekce pochází z drénu. Drén byl odstraněn a podle kultivace byly nasazeny ATB.

Hodnocení ošetrovatelské péče

V průběhu ošetrování měla pani první dva dny subfebrilie kolem 37,5 °C. Teplotu se v průběhu mého ošetrování povedlo snížit na normální hodnoty a poslední dva dny byla pacientka afebrilní.

3. 2. 5. Ošetrovateľská diagnóza č. 5

Prŕjem z dôvodu farmakoterapie

Cíl ošetrovateľské péče

- Pacientka je hydratovaná a nemá více než 2 stolice denně
- Normalizace vyprazdňování
- Odstranění nepříjemných pocitů a bolesti v souvislosti s průjmem

Plán ošetrovateľské péče

- Zabezpečit dostatečnou hydrataci a výživu
- Zajištění vhodné diety, konzultace s nutričním terapeutem
- Sledování laboratorních výsledků, měření CVT, TK, P, D...
- Konzultace s lékařem ohledně ordinace léků
- Sledování frekvence, hustoty, barvy a příměsi
- Udržování hygienických zásad a čistoty

Realizace ošetrovateľské péče

Pacientce byly pravidelně kontrolovány hodnoty CVT, TK, P, D, urey, kreatininu, Na, K, Cl, glykemie, krevního obrazu a hladiny imunosuprese.

Lékařem byla naordinována dieta č. 2, nasazeny léky proti průjmu (Hyllak) a pomocí infuzí zabezpečena dostatečná hydratace. S nutričním terapeutem jsem se domluvila na stravě s nízkým obsahem tuku. Doporučila jsem pacientce popíjet čaj z řepíku. Sledovala jsem frekvenci, barvu, příměsi a konzistenci.

Hodnocení ošetrovateľské péče

Stav se upravil do 2 dnů. Pacientka je hydratovaná, bez bolesti břicha, nutkání na stolicí a nepříjemných pocitů. Stolice je formována 2x denně.

3. 2. 6. Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Strach a nejistota vyvolaná z obavy nezařazení se zpět do původních rolí

Cíl ošetrovatelské péče

- Navození jistoty, klidu a pocitu bezpečí

Plán ošetrovatelské péče

- Sledování verbálních a neverbálních reakcí pacientky
- Zjistit, zda strach popírá a do jaké míry je depresivní
- Snaha o navození aktivity
- Kontrola účinků podávaných léků
- Zajistit konzultaci s psychologem

Realizace ošetrovatelské péče

S pacientkou jsem se snažila často komunikovat a pobízela ji ke slovnímu vyjádření jejích pocitů. Mluvila jsem na ni jasně a zřetelně. Sledovala jsem vitální funkce (TK, dech, puls) a verbální i neverbální reakce na strach a jejich vzájemnou shodu. Pacientka konzultovala svůj stav také s psychologem.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka si uvědomuje příčiny strachu a nejistoty. Po rozhovoru s psychologem zhodnotila reálně danou situaci i všechny okolnosti. Po ubezpečení, že její zdravotní stav nebrání včasnému návratu do původních rolí a do zaměstnání se pacientka jeví mnohem klidnější a vyrovnanější.

3. 2. 7. Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Porucha celistvosti kůže z důvodu chirurgického výkonu

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacientka má neporušenou, dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži
- Nepociťuje žádnou bolest v okolí rány
- Hojení operační rány bez známek infekce a dalších komplikací (dehiscence, ruptura)

Plán ošetrovateľskej péče

- Kontrola rány a sledování procesu hojení
- Udržovat kůži v okolí rány v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů
- Zachovat zásady asepse při ošetřování
- Zajistit dostatečnou výživu obohacenou o bílkoviny

Realizace:

Ránu jsem pravidelně asepticky převazovala a kontrolovala 2x denně. Provedla jsem stěry z rány i místa po drénu. Rána je čistá, bez sekrece. V místě po drénu dochází k mále sekreci, místo jsem kryla sterilními čtverci. Chirurgické stehy budou odstraněny 10. pooperační den.

Hodnocení:

Chirurgická rána i otvor po drénu jsou čisté, bez zarudnutí a hojí se per primam.

3. 2. 8. Ošetrovateľská diagnóza č. 8**Porucha spánku v souvislosti se základní diagnózou a hospitalizací****Cíl ošetrovateľskej péče:**

- Pacientka chápe příčiny, které způsobují poruchu spánku
- Konstatuje zlepšení svého spánku
- Nebudí se častěji než dvakrát za noc
- Cítí se odpočatá
- Má pocit pohody, spokojenosti
- Je schopna popsat faktory, které jí brání spát nebo zkracují spánek

Plán ošetrovateľskej péče:

- Najít si dostatek času na rozhovor s klientkou o její problémech
- Pomocí rozhovoru zjistit příčiny nespavosti
- Zabezpečit pohodu a relaxaci pacientky
- Vytvořit prostředí pro odpočinek a spánek
- Aplikace léků na spaní

Realizace:

Během příjmu pacientky jsem rozhovorem zjistila, že porucha spánku se u klientky objevila v souvislosti s její hospitalizací v nemocnici. Věnovala jsem dostatek času rozhovoru s klientkou, při kterém jsem se snažila pacientku uklidnit a ujistit. Vysvětlila jsem jí princip chodu a monitorace na oddělení. Před spánkem byla u pacientky provedena celková hygiena. Zajistila jsem aby nepronikalo světlo z chodby, lůžko jsem upravila do polohy podle přání klientky. Přes noc svítilo na pokoji jenom tlumené světlo a snížením topení jsem upravila teplotu pokoje.

Hodnocení:

Cíl byl částečně splněn, pacientka se první noc vzbudila celkem 2x, ráno se však cítila více odpočatá. Zmírnily se i strach a úzkost pacientky.

3. 3. EDUKACE

Pacientka byla v čase příjmu na oddělení při vědomí, všechny potřebné informace byly poskytnuty klientce a současně i její rodině. Klientka byla obeznámena s chodem oddělení, návštěvními hodinami, režimem na oddělení. Podepsala informovaný souhlas a obeznámila personál o podávání informací o svém zdravotním stavu. V průběhu rozhovoru jsem získala informace potřebné k vypracování plánu ošetrovatelské péče. Důraz byl kladen na to, co klientka potřebuje a co můžeme pro paní udělat.

Po úspěšné transplantaci, zahojení operačních ran, obnovení normálního příjmu potravy a obnovení předtransplantačních fyzických schopností odchází pacienti do domácího ošetřování. Zpravidla jsou nejprve ambulantně či při hospitalizaci brzy zkontrolováni v transplantačním centru. Později mohou být sledováni také v místě bydliště a v transplantačním centru jen několikrát ročně. Dříve než opustí nemocnici, měli by být o své léčbě řádně poučeni. Na klinice diabetologie CD IKEM s ní opakovaně budou hovořit lékaři a také edukační sestra.

Následující přehled shrnuje základní okruhy, kterým pacient již rozumí a naopak žádá informaci, pokud mu jiné otázky ještě nejsou jasné.

- Jaký typ transplantace byl proveden?
- Jaká je funkce transplantovaných orgánů a jak se kontroluje?
- Seznam používaných léků?
- Dávky imunosupresivních léků?
- Proč a jak se hladiny některých léků měří?
- Co dělat, když nemohu imunosupresivní léky užívat?
- Dieta po transplantaci?
- Fyzická zátěž po transplantaci?
- Co je to rejekce a jak se může projevit?
- Jak se chovat při náhlém zhoršení stavu?
- Prevence poranění dolních končetin?
- Kdy a kde proběhne příští kontrola?
- Kdo je můj ošetřující lékař a jaké je na něj spojení?
- Na jaké sociální výhody mám či nemám nárok?
- Jaké existují organizace pomáhající zdravotně postiženým osobám?

Ke konci hospitalizace je každý pacient informován o důležitosti imunosupresivní léčby a jejích nežádoucích účincích, o dalších komplikacích transplantační léčby, o dietě, fyzické zátěži, sexuálním životě a sociální problematice

3. 4. ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

Během ošetrovatelské péče jsem s paní B. navázala dobrý kontakt. O transplantaci slinivky břišní a ledviny byla velice dobře informována od lékaře, z literatury a internetu. Měla tak představu, co ji čeká. Pacientka měla maximální snahu ve všem aktivně pomáhat a spolupracovat. Všechny informace o svém zdravotním stavu přijímala s rozvahou a porozuměním. Aktivně se o svůj zdravotní stav zajímala a během hospitalizace na JIP aktivně spolupracovala. Z mého pohledu jsme společně s pacientkou vyřešily její problémy. Z chirurgického a lékařského hlediska byl její stav stabilizovaný, během hospitalizace uspokojivý, s dobrou prognózou.

Před propuštěním byla pacientka edukována o správném užívání léků, dietě, provádění převazů rány na břicho, dalším průběhu sledování v transplantační ambulanci a postupu při vzniku jakýchkoliv nových obtíží. Byl domluven termín její kontroly a dne 20. 12. 2007 byla v dobrém klinickém stavu propuštěna do ambulantní péče.

Transplantace je dnes jednou z možností léčby diabetu. Velký pokrok je zaznamenán při vývoji nových technologií pro monitoring krevní glukózy a inzulínové terapie. V současnosti se jeví transplantace pankreatických ostrůvků slibnou alternativou orgánové transplantace pankreatu. Cílem další vyvíjené terapie kmenovými buňkami je poskytnout pro terapii DM 1. typu transplantací zdroj buněk X téměř identických s pankreatickými B-buňkami. Kmenové buňky jsou schopny se transformovat na B-buňku a pak produkují inzulin. Rýsují se možnosti genové terapie, dosud ve stadiu experimentu na zvířatech.

Transplantační medicína je rychle se rozvíjející obor. Pro nemocné s diabetem má však ještě velký dluh: transplantace se zatím provádí, teprve když jsou již vyvinuty pokročilé změny vyvolané dlouhým trváním diabetu. Jako metody preventivní, která by normalizovala hladinu glykemie v časném stadiu onemocnění a tím předcházela orgánovým změnám, se zatím nepoužívá. Navzdory tomu otevírá transplantace dříve netušené možnosti a mění osudy lidí. V pozadí nejsou však jenom nové léky, technika a boj o finance ve zdravotnictví. Důležité je vědomí, že ve svém boji s nemocí nezůstává člověk sám a že jsou kolem lidé, kteří chtějí podávat pomocnou ruku, a také lidé, kteří tím vším prošli, uměli se pomocné ruky chopit a těm ostatním vracet naději. Projít dlouhá léta trvajícím diabetem, poznat jeho méně přívětivou tvář, sáhnout skoro na dno lidským možnostem a pak se znovu vzchopit, to je možná příležitost vzkázat druhým, že brát a zase rozdávat je mnohem hezčí, než se uzavírat do sebe a všechno vzdát.

4. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovateľské diagnózy*. Brno : NCO NZO, 2005
2. DOENGES M., MOORHOUSE M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada, 1996.
3. FIALA P., VALENTA J., EBERLOVÁ L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 2004.
4. KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ G., OLIVIEROVÁ R. *Ošetrovateľstvo 1*. Martin : Osveta, 1995.
5. KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ G., OLIVIEROVÁ R. *Ošetrovateľstvo 2*. Martin : Osveta, 1995.
6. *Pharmindex brevíř*. Praha : MediMedia Information, spol. s r.o., 2002.
7. POKORNÝ J. *Přehled fyziologie člověka II.díl*. Praha : Karolinum, 2002.
8. ROKYTA R. *Fyziologie*. Praha : ISV, 2000.
9. RYBKA, J. *Diabetologie pro sestry*. Praha : Grada, 2006.
10. SAUDEK, F. *Příprava na transplantaci*. Praha : Maxdorf, 2005.
11. SILBERNAGL S., DESPOPOULOS A. *Atlas fyziologie člověka*. Praha : Grada, 2004.
12. TRACHTOVÁ E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy*. Brno : NCO NZO, 2004.
13. TŘEŠKA V. a kol. *Transplantologie pro mediky*. Praha : Karolinum, 2002.

5. PŘÍLOHY

Příloha č. 1. vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2. dokumentace z JIP KD IKEM

- dekurz,
- karta diabetika
- akutní karta
- hodnocení bolesti
- plán péče o dekubity a jiné kožní defekty
- rehabilitační záznam
- edukační záznam
- transfuzní přípravky
- sociálně zdravotní záznam
- hlášení mimořádné události

Příloha č. 3. Barthelův test všedních činností

Příloha č. 4. Mini-Mental-State, Folsteinův test kognitivních funkcí

Barthelův test všedních činností

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev. vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 - 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

Mini-Mental-State, Folsteinův test kognitivních funkcí

	max.počet bodů
ORIENTACE:	
Jaké je datum? (rok, období, měsíc, den v týdnu)	5
Kde nyní jste? (země, oblast, město, ulice ev.nemocnice, číslo domu ev.podlaží nebo číslo pokoje v nemocnici).	5
<i>Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu.</i>	
PAMĚŤ:	
Lékař jmenuje 3 předměty během 3 sekund, např. (strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby je opakoval a pokusil se je zapamatovat.	3
<i>Správná odpověď, každý předmět po jednom bodu.</i>	
POZORNOST A POČÍTÁNÍ:	
Pacient odečítá sedmičku od čísla 100.	
Ukončí po 5 odpovědích.	5
<i>Každá správná odpověď po 1 bodu.</i>	
KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ:	
Vybavte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty.	3
JAZYK:	
Lékař ukáže 2 předměty (tužka, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval.	2
Opakujte následující: "Ale avšak a přece".	1
Proveďte po sobě tyto úkony: vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na stůl.	3
Přečtěte a proveďte následující příkaz (nemocný dostane lístek s následující výzvou): "Zavřete obě oči."	1
"Napište větu, obsahující podmět a přísudek."	1
"Namalujte podle předlohy tento obrazec."	1
max. skore	30

Hodnocení:

0 - 10 bodů těžká kognitivní porucha
 11 - 20 bodů kognitivní porucha středního stupně
 21 - 23 bodů lehká porucha
 24 a více norma